

Información Pendiente

Para: _____ Núm. de caso _____
Dirección: _____ Núm. de distrito _____
_____ Nombre del Trabajador _____
_____ Núm. de Teléfono _____
Fecha: _____

Necesitamos más información para procesar su solicitud o renovación. Para asegurar que no haya retraso en el trámite de su solicitud, proporcione la información que le pedimos para _____. De esta manera su solicitud o registración será procesada sin retraso. Comuníquese con su trabajador si necesita más tiempo.

Si no puede conseguir los artículos indicados, hay otros artículos que se pueden usar. Continúe leyendo para enterarse de otros artículos que podemos aceptar.

- Cuentas médicas desde _____ hasta el presente y cuentas viejas aún no pagadas.
- Documentación médica de su embarazo _____
- Formulario FL-2 completado por su médico _____
- Comprobante de ingresos para esta persona _____ por estos meses _____
- Comprobante de ingresos y gastos por trabajo para esta persona que trabaja por si mismo _____ o documentos de impuestos para el año _____
- Para esta persona _____ número de cuenta de ahorros o estado de cuenta que muestre el balance.
- Firma de _____ autorizando a Servicios Sociales a obtener información/información bancaria.
- Póliza de seguro de vida o el nombre de la compañía de seguro y el número de póliza para _____
- Número de Seguro Social para _____
- Documentación de inmigración para _____
- Solicite para beneficios de desempleo para _____
- Solicite para beneficios de discapacidad del Seguro Social para _____
- Formulario DMA-5028, autorización para diseminar información, firmado por _____
- Tarjeta de seguro de salud o el nombre de la compañía y el número de la poliza.
- Otro _____

¿Necesita ayuda o más tiempo para obtener la información para completar su solicitud?

1. Llame a su trabajador de Medicaid _____ al _____
O
2. Firme y regrese la parte baja de este formulario al departamento de servicios sociales
 - Necesito ayuda para obtener información para completar mi solicitud.
 - Necesito más tiempo para obtener información.

Nombre del solicitante _____ Número de teléfono _____

Dirección _____

PODEMOS ACEPTAR OTROS ARTÍCULOS PARA PROCESAR SU SOLICITUD O REGISTRACIÓN MEDICAID

Si no puede obtener los artículos indicados en su lista o los artículos indicados a continuación, comuníquese con su trabajador. Su trabajador le ayudará.

CUENTAS MÉDICAS Si no tiene todas sus cuentas médicas, usted puede proporcionar:

1. Recibos de personal médico.
2. Declaraciones de personal médico.
3. Cheques cancelados a personal médico.
4. Nombre, dirección número de teléfono de personal médico.
5. Recibos de seguro de salud privado, libreta para pagos de prima, el nombre del agente.
6. Carta de Medicare o seguro privado que contiene la explicación de beneficios (EOB por sus siglas en inglés).
7. Para comprobar el costo de medicina sin receta, proporcione el recibo y la tapadera del empaque mostrando el nombre de la medicina y el precio.
8. Para comprobar el costo de transporte médico, proporcione un recibo o declaración de la persona que lo transporto a la farmacia, con el médico, o a un local médico.

INGRESOS GANADOS Proporcione lo siguiente si no tiene talón de cheque:

1. Una declaración o formulario completado por su empleador.
2. Documentos de su negocio propio.

COMPROBANTE DE OTRO INGRESOS (Tal como beneficios para veteranos, beneficios para ferrocarrileros jubilados, otros ingresos para personas jubiladas, ingresos recibos por renta de propiedades, o ingresos de granja)

1. Fotocopia del cheque.
2. Carta de asignación u otro documento por parte de la entidad que otorga los ingresos.
3. Una declaración de la fuente de ingresos o de la persona que otorga los ingresos (fondo fiduciario, etc.)
4. Notas de pagos recibidos de huéspedes por hospedaje.
5. Notas de la persona que le paga a usted por hospedaje.
6. Declaración de impuestos.
7. Declaración de ingresos de granja.
8. Declaración del arrendador de ingresos de granja.
9. Declaración de ingresos ganados por su cuenta o por su propiedades alquiladas.
10. Una declaración que indique cuanto dinero usted recibe. La carta debe estar firmada por su banco, o por su agente de bienes y raíces, o por la persona a quien usted alquila.

COMPROBANTE DE CUIDADO DE NIÑOS O DE ADULTOS

Si usted solicita Medicaid en el programa para Familias y Niños, el límite por cuidado de niños menores de dos años es \$200 por mes. El límite para niños mayores de dos años y adultos es \$175 por mes. Usted puede proporcionar:

1. Una declaración o un recibo de la persona o negocio que proporciona el cuidado. Una declaración o formulario que indique si paga una cuota fija o si paga por hora.
2. Notas de pagos hechos por usted por un dependiente ya sea niño o adulto.

COMPROBANTES DE GASTOS DE SU NEGOCIO Si no tiene recibos para comprobar gastos por renta de propiedad o por trabajo por su cuenta, proporcione uno de los siguientes:

1. Notas de gastos en hojas de libro, talones de cheques, o declaración de impuestos.
2. Gastos por asociaciones, Oficina ASCS, o por la compra de productos de granja.
3. Declaraciones escritas por personas que le vendieron suministros.
4. Declaraciones de personas que le proporcionan servicios para que usted gane dinero.
5. Declaración escrita por un agente de bienes y raíces.

SEGURO DE SALUD

Si usted no tiene una tarjeta de seguro de salud, puede proporcionar el nombre de la compañía de seguro y el número de la póliza.

